

介護保険利用被爆者助成金支給申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

「神奈川県介護保険等利用被爆者助成事業実施要領」に基づき介護保険利用被爆者助成金の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。

1 申請者

ふりがな		明治				
氏名		大正	年	月	日生	男・女
		昭和				
住所	〒 電話 () -					
被爆者健康手帳番号 (受給者番号)		介護保険者名称		介護保険被保険者番号		
		市・町・村				

2 請求内容

介護サービス種類	利用者負担額		
	月分	月分	月分
訪問介護利用 注) 低所得者のみ申請ができます。	円	円	円
通所介護利用	円	円	円
短期入所生活介護利用	円	円	円
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護利用	円	円	円
認知症対応型共同生活介護利用	円	円	円
小規模多機能型居宅介護利用	円	円	円
複合型サービス利用	円	円	円
介護老人福祉施設利用	円	円	円
月単位の計	円	円	円
申請金額(合計)	円		
支給決定額(県記入) ※支給決定額は、県が記入します。	円		

注) 請求は月単位で行います。(3ヶ月分をまとめて請求することもできます。)

3 添付書類

当該月分の領収書と介護保険のサービスの内容を記載した書類(介護保険の介護給付費明細書)

訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定証等の所持者はその写し

4 希望する振込先(口座名義人は本人に限ります。)

金融機関名	預金種別	口座番号						
銀行	普通 当座							
金庫								
組合 支店								
農協								